

عملکرد آزمایش تشخیص اعتیاد پیش از ازدواج و پیامدهای ناشی از آن

عفت السادات مرقاتی خویی^۱، جواد ترکمن نژاد سبزواری^۲، شهناز ریماز^۳، راضیه معصومی^۴، علیرضا بیات^۵، سید عباس متولیان^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با وجود این که بسیاری از افراد در سراسر دنیا با اعتیاد دست به گریبان می‌باشند، اما هنوز شیوه‌ای که بتواند آن را به صورت دائمی و قطعی شناسایی و درمان کند، یافت نشده است. آزمایش تشخیص اعتیاد قبل از ازدواج از جمله موارد دارای اهمیت در این حیطه است؛ چرا که تشخیص نادرست در این آزمایش بر ابعاد روانی- اجتماعی و همچنین، روند تصمیم‌گیری فرد در ازدواج مؤثر می‌باشد. هدف از انجام این پژوهش، تبیین کارآمدی سیستم بهداشتی در تشخیص صحیح اعتیاد پیش از ازدواج و اثرات روانی و اجتماعی ناشی از آن بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع کیفی با رویکرد تفسیری و به روش تحلیل موضوعی بود. داده‌ها با استفاده از ۶ بحث گروهی متمرکز و ۲ مصاحبه فردی نیمه ساختار یافته با داوطلبان ازدواج و کارکنان بهداشتی جمع‌آوری گردید. همه مصاحبه‌ها ضبط و بر روی کاغذ پیاده‌سازی شد و سپس درون‌مایه‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی استخراج گردید.

یافته‌ها: تحلیل محتوای کیفی مطالعه تبیین کننده دو درون‌مایه اصلی «ضعف کفایت حرفه‌ای و پیامد ازدواج» بود.

نتیجه‌گیری: آزمایش اعتیاد پیش از ازدواج از جمله خدمات بهداشتی ارائه شده از سوی سیستم بهداشتی است که تشخیص نادرست آن نه تنها بر ابعاد مختلف زندگی داوطلبان ازدواج تأثیر بسزایی دارد؛ بلکه در ارتباط نزدیک با مفهوم روانی- اجتماعی آبرو می‌باشد. بنابراین، کفایت حرفه‌ای کارکنان در ارائه این خدمات بسیار مهم و حایز اهمیت می‌باشد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، ازدواج، سیستم بهداشتی

ارجاع: مرقاتی خویی عفت السادات، ترکمن نژاد سبزواری جواد، ریماز شهناز، معصومی راضیه، بیات علیرضا، متولیان سید عباس. **عملکرد آزمایش تشخیص اعتیاد پیش از ازدواج و پیامدهای ناشی از آن.** مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۴؛ ۴ (۳): ۱۶۵-۱۵۶.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۸

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۲۷

- ۱- استادیار، گروه سلامت جنسی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- ۴- استادیار، گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۵- کارشناس بهداشت عمومی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، تهران، ایران
- ۶- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

Email: amotevalian@yahoo.com

نویسنده‌ی مسئول: سید عباس متولیان

مقدمه

اعتیاد بیماری تهدید کننده جوامع بشری می‌باشد. این مسأله هر ساله تعداد زیادی از انسان‌ها را گرفتار می‌کند؛ به طوری که امروزه هزاران خانواده به دلیل گرفتاری در دام اعتیاد در حال متلاشی شدن هستند. در واقع اعتیاد مشکل بزرگ فردی و اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و روانی آن برای افراد معتاد، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می‌دهد (۱). بر اساس آخرین آمار رسمی اعلام شده از سوی سازمان ملل، ۲۰۰ میلیون نفر معتاد در جهان وجود دارد. همین گزارش ذکر می‌نماید که بالاترین شیوع اعتیاد با ۲/۸ درصد در ایران است و قزاقستان با ۲/۳ درصد و روسیه با ۲/۱ درصد در جایگاه‌های بعدی قرار دارند (۲).

با وجود این که بسیاری از افراد در سراسر دنیا با اعتیاد دست به گریبان می‌باشند، هنوز شیوه‌ای که بتوان این بیماری را به طور قطعی شناسایی و به صورت دائمی و قطعی درمان کرد، یافت نشده است. بیشتر جوامع جهان با در پیش گرفتن سیاست‌های کلی و اجرای برنامه‌های متناسب در زمینه پیشگیری از اعتیاد، همواره سعی در برداشتن قدم‌های مثبتی در این زمینه داشته‌اند. در حال حاضر شناسایی و درمان اعتیاد، خط اول دفاع در جنگ بر علیه بیماری‌های رفتاری مانند ایدز و هپاتیت و یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود (۳). معضل اعتیاد در ایران نیز مانند سایر کشورهای جهان، معضلی است که اگرچه درباره رفع آن بحث‌ها و تلاش‌های مختلفی صورت می‌گیرد، اما روز به روز بر پیچیدگی‌های آن افزوده می‌گردد (۱).

در ایران نیروی انتظامی جهت ممانعت از ورود مواد مخدر به مرزهای کشور و نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با اجرای برنامه‌های مختلف، سعی در پیشگیری از این معضل پیچیده را دارند (۴). در این راستا، برای حل مسأله اعتیاد و جلوگیری از آسیب‌های اجتماعی ناشی از آن تلاش‌های بسیاری در ایران و جهان صورت گرفته است. به تازگی در سراسر جهان غربالگری مواد مخدر در زمینه‌های مختلفی انجام شده است و برآورد می‌شود که بیش از

۱۲۰ میلیون آزمایش و غربالگری در طی سال صورت پذیرد (۵). قانون‌گذار در ایران به استناد ماده ۲۳ لایحه تشدید مجازات مرتکبین جرایم مواد مخدر (مصوب ۱۳۵۹/۳/۱۹)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلف به تشخیص، درمان و پیشگیری از اعتیاد از طریق صدور گواهی عدم اعتیاد در موارد ازدواج، استخدام، گواهینامه رانندگی نموده و نیز همه موارد ارجاعی از سوی نیروی انتظامی و دادگاه‌های انقلاب اسلامی را به عهده این وزارتخانه قرار داده است (۴). برنامه آزمایش تشخیص اعتیاد قبل از ازدواج که یکی از برنامه‌های در حال اجرا توسط این نهاد به عنوان اصلی‌ترین متولی سلامت جامعه می‌باشد (۴)، از طریق آزمایش ادرار و بررسی از نظر اپیوم به منظور صدور گواهی ازدواج، استخدام، اشتغال و اخذ گواهینامه رانندگی به صورت اجباری است.

با توجه به این که پیامدهای آزمایش اعتیاد پیش از ازدواج و عوامل مرتبط با آن در ایران به خوبی شناخته نشده و همچنین، نگرش و باورهای مختلفی با تأثیرپذیری از بستر فرهنگی- اجتماعی و یا در گروه‌های دموگرافیک مختلف به اشکال متنوع شکل گرفته است و این نکته که اطلاعاتی در مورد پدیده مورد نظر وجود نداشت، این مطالعه به صورت کیفی با رویکرد اکتشافی (۷، ۶) طراحی گردید؛ چرا که این رویکرد اجازه می‌دهد یک ابزار مناسب و مرتبط با جامعه هدف با در دسترس‌ترین و جامع‌ترین روش طراحی در خصوص مورد پژوهش به کار گرفته شود.

بنابراین با توجه به اهمیت انجام این آزمایش و نقش آن بر روند تصمیم‌گیری برای ازدواج، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی و تبیین کارآمدی آزمایش تشخیص اعتیاد پیش از ازدواج و نیز پیامدهای نتایج ناشی از آن بر داوطلبان ازدواج انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع کیفی با رویکرد تفسیری و به روش تحلیل موضوعی بود که در ابتدا تفسیر ذهنی از محتوای داده‌های متنی انجام شد و سپس با استفاده از فرایند

طبقه‌بندی منظم، درون‌مایه‌ها یا الگوهای پنهان و آشکار در متن مورد شناسایی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از ۶ بحث گروهی متمرکز (Focus group discussion یا FGD) و دو مصاحبه فردی نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید. عرصه مطالعه در این پژوهش را دو شهرستان کاشمر و خلیل‌آباد (خراسان رضوی) تشکیل دادند که پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق و دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و پس از انجام هماهنگی‌های لازم، از مراکز بهداشت دو شهرستان جهت انجام پژوهش استفاده گردید. تیم تحقیق پس از حضور در مراکز فوق، با برقراری ارتباط اولیه با مراجعان و کارکنان درگیر در فرایند آزمایش اعتیاد و معرفی ضرورت و اهداف پژوهش و جلب اعتماد افرادی که مایل به مشارکت در پژوهش بودند، زمان و مکان انجام مصاحبه را هماهنگ نمودند.

مشارکت کنندگان پژوهش را افراد مراجعه کننده به آزمایشگاه‌های مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان‌های کاشمر و خلیل‌آباد جهت انجام آزمایش سوء مصرف مواد قبل از ازدواج و همچنین کارکنان آن مراکز تشکیل می‌دادند. محیط پژوهش به انتخاب و با موافقت مشارکت کنندگان تعیین و قبل از انجام مصاحبه، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و شفاهی از همه افراد داوطلب در پژوهش اخذ گردید. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و تا سطح اشباع داده‌ها انجام شد. اشباع زمانی حاصل می‌گردد که مفهوم جدیدی در حین تحلیل و کدگذاری داده‌ها حاصل نشود (۸).

شیوه برگزاری جلسات به این ترتیب بود که در ابتدا محققان مقدمه‌ای در مورد کلیات موضوع و اهمیت مطالعه مطرح می‌نمودند و سپس با مطرح کردن سؤال «شما چه مرحله‌ای را برای انجام آزمایش اعتیاد طی نموده‌اید؟» از شرکت کنندگان درخواست می‌شد تا به بیان تجارب خود بپردازند. مطرح نمودن بعضی موضوعات توسط مشارکت کنندگان باعث ایجاد سؤالات عمیق‌تر بعدی و در نتیجه دستیابی ژرف‌تر به اطلاعات می‌شد. بحث‌های متمرکز گروهی (۶ نفر) شامل یک گروه با زنان، دو گروه با مردان، دو گروه با زوجین و یک گروه با کارکنان مراکز انتخابی بود.

مشارکت کنندگان در گروه‌ها در مجموع ۲۴ نفر بودند. دو مصاحبه فردی با مسئولین آزمایشگاه نیز انجام گرفت. طول مدت مصاحبه‌های انجام شده ۲۰ تا ۸۰ دقیقه و میانگین آن ۴۵ دقیقه بود. پس از اتمام هر جلسه، مصاحبه ضبط شده به صورت کلمه به کلمه از نوار پیاده‌سازی و تایپ می‌شد و به منظور ایجاد درک کلی از مصاحبه، متن پیاده‌سازی شده چندین بار مورد بازخوانی قرار می‌گرفت. تیم تحقیق با مطالعه دقیق دست‌نوشته‌ها تلاش کردند تا عناصر ظاهری و درونی آن‌ها را مشخص نمایند که این مرحله در واقع اولین قدم غرق شدن در داده‌ها جهت رسیدن به معانی و مفاهیم در راستای اهداف و سؤالات پژوهش بود. با استفاده از رویکرد تحلیل موضوعی، کدگذاری اولیه برای روایت‌ها انجام شد. پس از استخراج کدها، طبقه‌بندی اولیه صورت گرفت؛ بدین صورت که کدها به صورت مداوم مورد مقایسه و بر اساس میزان تفاوت، شباهت و تمایز در کنار یکدیگر قرار گرفتند و منجر به شکل‌گیری زیرطبقات شدند. سپس با تداوم تفسیر عینی و نظام‌مند از معانی استخراج شده از کدها و زیرطبقات و با استفاده از فرایند طبقه‌بندی منظم، موضوعات، معانی و مفاهیم پنهان و آشکار در متن مورد شناسایی قرار گرفت و سرانجام درون‌مایه اصلی پژوهش استخراج گردید.

جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌های کیفی به دست آمده، از چهار معیار مقبولیت، ثبات، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد (۹). بدین منظور، درگیری طولانی مدت محققان با داده‌ها و همچنین، بازنگری مصاحبه‌های پیاده شده و کدهای استخراج شده از آن توسط چند تن از مشارکت کنندگان تأییدی بر معیار مقبولیت پژوهش بود. ثبات داده‌ها با استفاده از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها در اسرع وقت، ثبت دقیق کلیه مراحل پژوهش و فراهم نمودن موقعیت مشابه برای مشارکت کنندگان در پژوهش مورد توجه قرار گرفت. جهت تأییدپذیری پژوهش، بخش‌هایی از مصاحبه‌ها به همراه کدهای حاصل شده، زیرطبقات و طبقات استخراج شده از سوی ناظران خارج از تیم تحقیق مورد بازبینی قرار گرفت. معیار انتقال‌پذیری نیز با سعی در انجام نمونه‌گیری با حداکثر تنوع لحاظ گردید.

یافته‌ها

۱۰ مشارکت کننده زن پژوهش سن ۴۲-۱۵ سال و ۲۱ شرکت کننده مرد سن ۴۳-۲۱ سال داشتند. تحصیلات ۲ نفر بی‌سواد، ۳ نفر ابتدایی، ۶ نفر سیکل، ۶ نفر دیپلم، ۲ نفر لیسانس، ۴ نفر فوق لیسانس و ۱ نفر دکتری تخصصی بود. از نظر اشتغال، ۲ نفر دانشجو، ۸ نفر خانه‌دار و ۱۴ نفر شاغل بودند. نتایج حاصل تبیین کننده ۹ زیرطبقه، ۴ طبقه و ۲ درون‌مایه اصلی بود (جدول ۱).

ضعف کفایت حرفه‌ای

نتایج نشان داد که ضعف کفایت حرفه‌ای شاخص مهمی در عدم اثربخشی نتیجه مثبت آزمایش اعتیاد قبل از ازدواج است. دلایل مهم این ضعف از دیدگاه بیشتر شرکت کنندگان عبارت از بازدارنده‌های ارایه خدمت و ضعف در التزام قانونی ارایه خدمت بود. بازدارنده‌های ارایه خدمت به علت فقدان پروتکل تشخیصی قطعی، محدودیت‌های آزمایشگاهی و ضعف نیروی

انسانی متخصص شناسایی شد.

بیشتر کارکنان مراکز بهداشتی سردرگمی به دنبال مثبت شدن نتیجه آزمایش اعتیاد پیش از ازدواج را عنوان کردند. مهم‌ترین دلیل سردرگمی کارکنان درگیر در فرایند آزمایش، فقدان یک پروتکل جامع بود. به عبارت دیگر، کارکنان نمی‌دانستند گام اصولی بعدی در صورت مثبت بودن آزمایش چیست؟ بنابراین آن‌ها با تصمیم فردی و سلیقه‌ای اقدامات بعدی را اجرا می‌کردند.

مسئول آزمایشگاه ۳۴ ساله نه تنها به اعتبار نتایج مطمئن نیست، بلکه به فقدان پروتکل مشخصی برای پیگیری نتایج مثبت اشاره می‌کند: «وقتی جواب آزمایش مثبت درمی‌یاد، من خودم یقین ندارم که واقعاً مثبت یا نه، اما کاری هم نمی‌شه کرد؛ چون ما فقط به روند روتین برای انجام بررسی روی نمونه‌ای داریم که از داوطلب می‌گیریم... به خاطر همین بعدش نمی‌دونیم که اگه مثبت شد آیا واقعاً باید اقدام دیگه‌ای هم کرد یا نه؟».

جدول ۱. روند شکل‌گیری درون‌مایه‌های پژوهش

کد	زیر طبقه	طبقه	درون‌مایه
عدم شناخت جامع از عوامل مداخله کننده در نتایج آزمایش فقدان آزمایش تشخیصی قطعی در موارد نتیجه مثبت آزمایش محدود بودن دامنه تشخیصی کیت‌های آزمایشگاهی غیر کارآمد بودن آزمایش‌های تشخیصی در صورت استفاده از مواد مخدر جدید وجود بازه زمانی زیاد از زمان انجام آزمایش تا دریافت پاسخ آن به روز نبودن اطلاعات کارکنان عدم برگزاری دوره‌های آموزشی مداوم کمبود نیروی متخصص	فقدان پروتکل تشخیصی قطعی	محدودیت‌های آزمایشگاهی	محدودیت ارایه خدمت
دستکاری در نتایج آزمایش توسط برخی از کارکنان دریافت رشوه توسط برخی کارکنان درز کردن اطلاعات از درون سیستم از سوی برخی از کارکنان نمونه‌گیری بر مبنای قضاوت فردی کارکنان از چهره داوطلب نمونه‌گیری بر مبنای قضاوت فردی کارکنان از سابقه خانوادگی داوطلب نمونه‌گیری بر مبنای قضاوت فردی کارکنان بر اساس اطلاع از سوء پیشینه داوطلب والدین و تأثیرگذاری بر تصمیم‌گیری نهایی افراد در ازدواج با وجود نتیجه مثبت آزمایش بی‌اهمیت انگاشتن نتیجه مثبت آزمایش از سوی والدین اهمیت داشتن توافق اولیه والدین طرفین برای ازدواج ازدواج سنتی غالب بودن آداب و رسوم منطقه‌ای استرس ناشی از برچسب خوردن از سوی آشنایان و اطرافیان اضطراب ناشی از قضاوت‌های نادرست سایر افراد نگاه جبرگرایانه به شرایط مهیا شده برای ازدواج محدودیت دختران در تصمیم‌گیری برای ازدواج	عدم نظارت قانونی بر فرایند آزمایش در سیستم بهداشتی نمونه‌گیری قضاوتی	ضعف نیروی انسانی متخصص	ضعف کفایت حرفه‌ای
	نقش والدین	الزام به قرار اولیه ازدواج	
	سبک ازدواج	عوامل زمینه‌ساز ازدواج	
	ترس از انگ خوردن	ترس از آینده	
	پذیرش اجباری شرایط		

محدودیت‌های آزمایشگاهی از جمله مفاهیم، توصیف کننده ضعف در ارایه خدمت در مراکز بود. تحلیل روایات کارشناسان آزمایشگاه نشان می‌دهد که آن‌ها اعتبار، حساسیت و قابلیت کیت‌های آزمایشگاهی را مورد سؤال قرار می‌دهند؛ به طوری که نتایج حاصل از آزمایش را تحت کنترل فرد آزمایش شونده می‌دانستند. به عبارت دیگر، کیت‌های آزمایشگاهی را قابل دستکاری و بی‌اثر تلقی می‌کردند.

کارشناس ۳۴ ساله آزمایشگاه به حساسیت کم، ناکافی بودن و قابلیت محدود کیت‌های آزمایشگاهی اشاره نمود: «به نظر شما چند نوع مواد مخدر تو جامعه داریم؟ حداقل ۱۰ نوع اما کیت‌های ما قدرت تشخیص چند نوعش رو دارند؟ کافیه فرد به جای مورفین بره متادون استفاده کنه. همین الان که اعتیاد به تریاک داره اگر ۳ یا ۴ روز استفاده نکنه و به جاش متادون بخوره می‌یاد جوابش منفی میشه یا مثلاً اعتیاد به کریستال داره، تسکین دردش رو با متادون یا حشیش می‌خوابونه و می‌یاد آزمایشش منفی می‌شه».

علاوه بر فقدان پروتکل راهنما برای کارکنان و محدودیت در حساسیت و دقت کیت‌های آزمایش، ضعف نیروی انسانی متخصص شاخص دیگر شناسایی شده در ضعف ارایه خدمات بود. بیشتر مشارکت کنندگان آزمایشگاه به کمبود نیروی متخصص و مجرب به ویژه در سطح آزمایشگاه تأکید داشتند. در آزمایشگاه خلیل‌آباد یک نفر کارشناس علوم آزمایشگاهی به عنوان مسؤول به همراه یک کارشناس دیگر مشغول به کار بودند و در کاشمر هم با وجود جمعیت بالای شهرستان و این‌که به عنوان آزمایشگاه مرجع چند شهرستان مجاور خود می‌باشد، دو نفر با مدرک کارشناسی علوم آزمایشگاهی و کارشناس ارشد بیوشیمی در بخش آزمایش‌های اعتیاد فعالیت می‌کردند.

مشارکت کننده ۳۴ ساله با سمت مسؤول آزمایشگاه در این زمینه گفت: «کارشناس مسؤول برام زدن... در اصل یک متخصص آزمایشگاه یا دکتری حرفه‌ای آزمایشگاه باید مسؤول باشه، اما چون شهرستانه و کسی نیامد برای من به عنوان کارشناس مسؤول ابلاغ زدن. من هم باید به وظایف مسؤولیتیم برسم و هم پا به پای بچه‌ها کار کنم... خوب این جور دقت کار می‌یاد پایین».

ضعف در التزام قانونی ارایه خدمت به عدم نظارت قانونی بر فرایند آزمایش در سیستم بهداشتی و نمونه‌گیری قضاوتی کارکنان ارتباط دارد که یکی دیگر از مفاهیم پنهان شناسایی شده در زمینه ضعف کفایت حرفه‌ای می‌باشد. عدم نظارت دقیق و قانونی بر فرایند آزمایش در سیستم بهداشتی، یکی از موارد بسیار قابل توجه از سوی مشارکت کنندگان پژوهش بود. مرد داوطلب ازدواج ۳۰ ساله در بحث گروهی متمرکز گفت: «یکی از آشنایان که می‌دونم معتاده، اومد آزمایش داد و جوابش منفی شد. گفت بهشون پیشنهاد پول داده... البته خدا می‌دونه شاید هم چون که می‌دونسته، یه کاری کرده تا جوابش منفی بشه...».

نمونه‌گیری قضاوتی یکی دیگر از موارد مطرح شده توسط هر دو گروه داوطلبان ازدواج و کارکنان بهداشتی در نحوه تعامل انجام آزمایش بود. به این مفهوم که کارکنان آزمایشگاه بر اساس برداشت شخصی خود از فرد مراجعه کننده و با توجه به حجم کاری خود تصمیم می‌گرفتند تا چه میزان برای انجام آزمایش فرد وقت صرف کنند. بنابراین بر اساس قضاوت ظاهری از افراد، آزمایش به صورت غیر حضوری انجام می‌شد. نگاه و تجربه فردی کارکنان در انجام آزمایش برخی از داوطلبان منجر به ایجاد حساسیت بیشتر و در برخی دیگر حساسیت کمتری می‌شد.

مرد داوطلب ازدواج ۲۳ ساله در این زمینه گفت: «پنیرش آزمایشگاه اغلب این طوره که کسی وایمیسته اونجا؟ شکر خدا کسی واینستاده بود و من بهشون اطمینان دادم. آخه مهمه... مثلاً من به شما اطمینان می‌کنم کارت عابر بانکم و رمزشو می‌دم به شما. چطوری به شما اعتماد می‌کنم؟ بیشتر از روی شاخص‌های فردی و فرهنگیتون. البته خود همون آقای دکتر آزمایشگاه که معمولاً ناظر وایمیسته پیشنهاد داد که واسه همه می‌ایستم، اما واسه شما لازم نیست؟! و من گفتم خدا خیرتون بده».

عوامل زمینه‌ساز ازدواج

دو مفهوم پنهان «التزام به قرار اولیه ازدواج و ترس از آینده» در شکل‌گیری این درون‌مایه شناسایی شد که مورد اول بر نقش والدین و سبک ازدواج و مورد دوم بر مفاهیم پنهان ترس از انگ

خوردن و پذیرش اجباری شرایط تأکید داشت.

در تبیین مفهوم نقش والدین می‌توان چنین گفت، از آنجایی که غالب محیط پژوهش را خانواده‌های سنتی و پایبند به آداب و رسوم پدرسالارانه تشکیل می‌دهند، بنابراین آنان در فرایند ازدواج فرزندان از نقش محوری و ویژه‌ای برخوردار هستند. همچنین، سن کم زوجین به هنگام ازدواج سبب می‌شود تا این تصمیم‌گیری بر عهده والدین گذاشته شود. اهمیت این نقش تا جایی است که تصمیم‌گیری نهایی پسر و دختر جهت ازدواج با وجود نامناسب بودن نتیجه آزمایش از آن مترتب می‌گردد.

زن داوطلب ازدواج ۲۱ ساله در بحث گروهی متمرکز گفت: «اینجا این قدر برای آبروشون اهمیت قایلند که حتی اگر مشکلی باشه، در نهایت یک چیزی می‌گیرن می‌رن دنبال کارشون».

سبک ازدواج نیز یکی دیگر از موضوعات مطرح شده توسط داوطلبان ازدواج در بحث گروهی متمرکز بود. بیشتر گروه‌های شرکت کننده به پدیده «ازدواج غیر محضری» یا به اصطلاح بومی «عقد آخوندی» اشاره داشتند. از مؤلفه‌های اصلی این نوع ازدواج، عدم ثبت قانونی می‌باشد. به نظر می‌رسد ازدواج غیر محضری از روندهای رایج در بستر اجتماعی منطقه می‌باشد که در مواردی حتی بعد از به دنیا آمدن فرزندان و یا در مواقعی مانند رفتن به سفرهای زیارتی خارج از کشور برای ثبت محضری اقدام می‌نمودند و تمایل بیشتر برای انجام عقد به صورت محضری در خانواده‌هایی که فرزندان سطح تحصیلات دانشگاهی داشتند، به وقوع پیوسته است.

دبیری که سابقه ۲۵ سال تدریس در منطقه را داشت، بیان کرد: «من یک تحقیق انجام دادم که ببینیم سطح ازدواج کرده‌هامون چطوره... دیدم تعداد ازدواج‌هامون دو برابر ثبت ازدواج‌هامون بود. این داده‌ها از طریق یک پرسش‌نامه در آموزش و پرورش به دست آمد که از تمامی افراد پرسیده شد که ازدواجشون رسمیه یا غیر رسمی؟ این‌ها همه از فرهنگ‌های خاصی که توی شهرمون داریم، نشأت می‌گیره». رواج عقدهای غیر محضری که بر اساس شناخت از گذشته فرد و خانواده شکل می‌گیرد و سپس خانواده‌ها درصدد رسمی کردن آن برمی‌آیند، سبب می‌شود در صورتی که

نتیجه آزمایش اعتیاد مثبت باشد، به دلیل ترس از بر سر زبان افتادن نام دختر در صورت جدایی، به اجبار ملزم به ادامه زندگی با همسر شوند.

مسئول آزمایشگاه ۳۴ ساله در این زمینه گفت: «خیلی از موارد هستن که عقد ثبت هیچ جا نیست. طرف اعتیاد هم داره که خانم می‌یاد التماس می‌کنه که آقا یک جواب منفی به من بدین. من می‌دونم معتاده که من ثبت محضری شم که دست من به یه جایی بند باشه؛ چون اگه این ول کنه بره من هیچی ندارم... حتی یک کاغذم نداره».

ترس از آینده با دو مفهوم «ترس از انگ خوردن و پذیرش اجباری شرایط» از دیگر مفاهیم پنهان شناسایی شده از تجارب مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر بود. اغلب مشارکت کنندگان به تجربه استرس و اضطراب در انجام آزمایش اعتیاد پیش از ازدواج اشاره نمودند. این تجربه به ویژه در افرادی که دارای عدم سوء مصرف مواد بودند، پررنگ‌تر مشاهده شد. ترس از مواجهه با نتیجه مثبت واقعی غیر حقیقی و انگ خوردن از سوی خانواده، دوستان و اطرافیان از جمله دغدغه‌های اصلی مشارکت کنندگان داوطلب ازدواج بود که در بعضی موارد منجر به فرافکنی والدین نسبت به نتیجه آزمایش می‌شد و با توجه به شرایط حاکم و حفظ آبرو سعی در پنهان نمودن نتیجه می‌کردند.

در این راستا مرد داوطلب ازدواج ۲۵ ساله در بحث گروهی متمرکز گفت: «اونجا چه اتفاقی افتاد وقتی که جواب مثبت بود؟ ما جمعیتمون زیاد بود و ۶۰-۵۰ نفر از فامیل اومده بودیم دم همین بهداری... همین آقایی که آزمایش گرفته بود جلو همه گفت مشته. بعد از اون لحظه ضد حال چه کار کردی؟ همون خانواده خانومم با وجودی که جواب مثبت بود و احتمال ۵۰ درصد بود که فکر می‌کردن معتاد باشم، اما همونا گفتن بریم محضر عقد کنیم... خودم هم تعجب کردم».

تن در دادن به شرایط در قالب مفهوم پذیرش اجباری شرایط، یکی دیگر از موارد مطرح شده به ویژه توسط دختران داوطلب ازدواج در پژوهش بود که این امر ریشه در بافت سنتی و کوچک محیط پژوهش دارد.

زن داوطلب ازدواج ۲۴ ساله در این زمینه گفت: «محیط

زندگی ما جمعیتش کمه و همه همدیگرو می‌شناسن. هر کسی هر زمانی کار بدی کرده باشه، همه می‌دونن. تا آخر عمر می‌گن فلانی فلان کارو کرده و حالا مثلاً ۵۰ سالشه... مثلاً در بچگی بزغاله فلانی رو دزدیده یا از باغ فلانی انگور دزدیده. در مورد نتیجه این آزمایشه هم همین، کلی حرف درمی‌یاد. به خاطر همین نباید زیاد موضوع رو بارش کرد و باید موضوع اون جواری که رسمه تموم بشه».

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر تبیین کننده مفاهیمی بود که از تجارب دو گروه داوطلبان ازدواج و کارکنان بهداشتی در زمینه آزمایش اعتیاد پیش از ازدواج به دست آمد. بنا بر اذعان مشارکت کنندگان پژوهش، ضعف کفایت حرفه‌ای، اصلی‌ترین نقص سیستم بهداشتی در ارائه خدمت جهت انجام آزمایش اعتیاد پیش از ازدواج می‌باشد. این نقص به علت حساسیت و اهمیت نتیجه آزمایش در فرایند تصمیم‌گیری داوطلبان ازدواج بسیار حایز اهمیت است. به عبارت دیگر، تشخیص مثبت غیر واقعی و یا تشخیص منفی غیر واقعی آزمایش اعتیاد پیش از ازدواج می‌تواند با تبعات جبران‌ناپذیری همراه باشد. به اعتقاد مشارکت کنندگان تحقیق، حفظ آبرو پیامد اصلی برگرفته از نتیجه آزمایش اعتیاد پیش از ازدواج می‌باشد که بار روانی- اجتماعی سنگینی دارد. در تحلیل ارتباط میان این دو درون‌مایه می‌توان گفت که کیفیت ارائه خدمات بهداشتی علاوه بر ارتباط با ابعاد جسمی سلامت جامعه در مواردی مانند این نوع آزمایش، دارای اثرات بالقوه روانی- اجتماعی است. از این‌رو، اهمیت کیفیت خدمات بهداشتی همواره یکی از موضوعات مهم و قابل توجه بوده است (۱۰). این کیفیت با توانمندسازی کادر بهداشتی به عنوان خط مقدم یا عملیاتی جهت اتخاذ تصمیمات مهم نسبت به نیازهای سلامت مشتریان، می‌تواند ارتقا یابد (۱۰).

به اعتقاد Sasser و همکاران (به نقل از Frost و Kumar)، کیفیت خدمت دارای سه بعد تجهیزات، تسهیلات و کارکنان می‌باشد (۱۱). از این منظر که آزمایشگاه‌های تشخیصی از جایگاه ویژه‌ای در نظام سلامت و مراجع قضایی

کشور برخوردار است و با توجه به این که نتایج ارایه شده مورد استناد مراجع قضایی و حقوقی قرار گرفته است و بر حقوق شهروندی افراد نیز تأثیر مستقیم دارد، بنابراین کیفیت خدمات ارایه شده از سوی آزمایشگاه‌ها در این زمینه از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است (۱۲، ۵). از طرف دیگر، با توجه به این که مجریان قانون و کارکنان مشاغل تشخیصی همچون پلیس و وکلای دادگستری به یافته‌هایی نیاز دارند که معتبر، قابل اطمینان (دارای ارزش قانونی) و دارای معیارهای مستند قضایی جهت ارایه به سیستم‌های قانونی و اجرایی باشد، بنابراین چگونگی انجام این آزمایش‌ها به ویژه آزمایش تشخیص اعتیاد باید با موشکافی و دقت زیادی همراه باشد. از این‌رو، آزمایشگاه‌های متولی این برنامه ملزم به رعایت احتیاطات گسترده‌ای به منظور اطمینان از صحت این نوع آزمایش می‌باشند. به نظر می‌رسد که به کارگیری روش‌های مناسب جهت افزایش ایمنی و صحت داده‌ها از طریق در اختیار داشتن پروتکل‌های دقیق گام به گام اجرایی و انجام آزمایش‌ها با بالاترین استاندارد و بهترین کیفیت جهت جلوگیری از ایجاد نتیجه منفی کاذب، یکی از راهکارهای مؤثر در این راستا باشد (۱۵-۱۳).

منظور از بهترین کیفیت، بهترین اقدامات قابل دسترسی جهت انجام آزمایش‌ها می‌باشد و به فرایندی اطلاق می‌گردد که یک آزمایشگاه را از نظر عملیات، مدیریت سیستم، کارکنان، روش‌ها، تجهیزات، امنیت و سلامت محیط کار بر اساس استانداردهای کیفیت به رسمیت بشناسد. این امر موجب ایجاد اطمینان هم برای مسؤولین و هم برای مراجعه کنندگان خواهد بود (۱۶). در چنین سیستمی توجه به موارد فنی اعم از اهمیت آموزش کارکنان، ایجاد شرایط مطابق با شرایط محیط، اعتباردهی روش‌ها، دسترسی به تجهیزات مورد نیاز و استانداردهای واقعی، کنترل کیفیت و گزارش‌دهی نتایج و همچنین، پرداختن به مسایل مدیریتی مانند کنترل اسناد، توجه به نیاز مراجعه کنندگان، اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی، توجه به شکایات سیستم و بهبود مداوم فرایندها الزامی است (۱۷). همچنین، در مرحله گزارش نتایج بررسی به ویژه نتیجه مثبت اعتیاد لازم است که پروتکل مشخصی اجرا شود. قبل از

این که یک نمونه برای دارویی مثبت گزارش گردد، باید با دو روش آزمایش جداگانه آزمایش شود و هر تست حداقل با روش مطمئنی مورد آزمایش تأییدی قرار گیرد. این دو روش باید مبتنی بر اصول علمی باشد و بهتر است یکی از آنها اطلاعاتی راجع به تحلیل ساختار شیمیایی مواد را ارائه دهد. قبل از اعلام نتیجه مثبت آزمایش، گزارش باید توسط حداقل دو نفر از کارکنان مسؤول آزمایشگاه که در این زمینه متخصص باشند و با روش‌های آنالیز نیز آشنایی داشته باشند، مورد تأیید قرار گیرد (۱۸)؛ چرا که عدم تشخیص درست نتیجه آزمایش (مثبت غیر واقعی) می‌تواند با ایجاد انگ یا استیگما به فرد سبب ایجاد مشکلاتی هم در بعد فردی و هم در بعد خانوادگی گردد.

مفهوم تبیین شده ضعف کفایت حرفه‌ای در پژوهش بیانگر نقص در ابعاد تجهیزات و کارکنان توسط Sasser و همکاران (به نقل از Frost و Kumar) می‌باشد که به لحاظ اثربخشی قوی، مفهوم تبیین شده دوم این پژوهش یعنی حفظ آبرو نیازمند بررسی جدی و رفع می‌باشد؛ چرا که به نظر می‌رسد در جوامع سنتی مفهومی به نام آبرو که بار فرهنگی-اجتماعی زیادی دارد، در کنار انگ ناشی از تشخیص غلط آزمایش اعتیاد تحت‌الشعاع قرار گرفته، به دنبال این همراهی مشکلات متعددی را برای خانواده‌ها ایجاد می‌نماید. حفظ آبرو مفهوم مهمی است که مشارکت کنندگان به آن اشاره داشتند. واژه آبرو در ارتباط با دیگر مفاهیم روان‌شناسی مانند اعتماد به نفس، عزت نفس و حرمت نفس مورد بررسی قرار می‌گیرد. نگاه لغوی به این واژه نشان می‌دهد که «رو» به ظاهر قضیه بازمی‌گردد و آبرو به معنی زمین نینداختن روی کسی، توهین نکردن یا خدشه وارد نکردن به جهت ظاهری فرد است. در واقع آبرو پدیده‌ای اجتماعی است که چهره بیرونی روابط اجتماعی را معلوم می‌کند. آبرو چیزی نیست که کسی با آن متولد شود، بلکه مفهومی اکتسابی است که بر جریان رشد شخصیت به همراه هویت فردی و اجتماعی انسان شکل می‌گیرد و شکل‌گیری آن در گروهی پاره‌ای رفتارها و مقررات اجتماعی است (۱۹). از مؤلفه‌های اصلی این مفهوم می‌توان به داشتن «آشنایی و شناخت نزدیک» یا «چهره به چهره» از

گذشته افراد در محیط اجتماعی‌شان اشاره نمود و در صورتی که رفتاری خارج از هنجارهای جامعه در چنین بافت اجتماعی صورت پذیرد، به شکل یک ویژگی قابل تمایز برای فرد ماندگار خواهد شد. به نظر می‌رسد در فرهنگ بومی، خدشه‌دار شدن آبرو با «برچسب زنی اجتماعی» (استیگما یا انگ) همراه می‌باشد. در ازدواج سنتی فرایند آشنایی طرفین از یکدیگر به صورت نزدیک و در مراسم‌های فامیلی صورت می‌گیرد و این آشنایی با پیگیری گذشته‌نگر بر شکل زندگی فرد ادامه می‌یابد. به همین دلیل، مفهوم «آبرو» از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ چرا که می‌تواند نشان دهنده نگرش جامعه نسبت به گذشته فرد باشد که به دلیل کوچکی محیط و وجود نظارت‌های خواسته و ناخواسته بیشتر افراد بر روی سابقه فرد، او را در قالب آبرو در مرز بین خوش‌نامی یا بدنامی قرار می‌دهد. همچنین، به نظر می‌رسد مفهوم آبرو در جوامع سنتی و با تمرکز زیاد مسایل جنسیتی در ارتباط نزدیک‌تری با جنس زن بیان شده است. حساسیت‌های فرهنگی بر رفتار دختران بیشتر نمود پیدا کرده، رفتار دختران به عنوان اصلی‌ترین مؤلفه آبرو بیان گردیده است؛ به طوری که اگر مشکلی برای آنان به وجود آید، باعث سرپوش گذاشتن و چشم‌پوشی از مسأله خواهد شد. از این‌رو، به نظر می‌رسد در جوامعی همچون جامعه مورد مطالعه پژوهش حاضر که ساختار فرهنگی-اجتماعی حاکم بر آن از نوع سنتی و با پایبندی به آداب و رسوم می‌باشد، تبعات ناشی از جواب غیر معتبر آزمایش پیش از ازدواج تا حدودی سنگین است و بار روانی زیادی را بر خانواده‌ها و طرفین تحمیل می‌نماید.

نتیجه‌گیری

ازدواج یکی از مهم‌ترین رخدادهای زندگی هر انسانی است که تصمیم‌گیری نهایی در این زمینه نیازمند اطمینان‌یابی طرفین از سلامت جسمی و روانی یکدیگر می‌باشد. آزمایش تشخیص اعتیاد پیش از ازدواج یکی از مهم‌ترین خدمات ارائه شده از سوی سیستم بهداشتی کشور می‌باشد که با هدف غایی کمک به شکل‌گیری کانون خانواده سالم در حال انجام است. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر که با هدف تبیین

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، غالب بودن عوامل سنتی بر فرهنگ ازدواج در عرصه پژوهش می‌باشد. از این رو، انجام این پژوهش با زمینه‌ای از فرهنگ سنتی - مدرن و مدرن ازدواج در جامعه پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که ما را در تهیه این پژوهش یاری رساندند، تشکر به عمل می‌آید.

کارآمدی آزمایش تشخیص اعتیاد پیش از ازدواج انجام شد، نشان دهنده دو موضوع مهم «ضعف کفایت حرفه‌ای و عوامل زمینه‌ساز ازدواج» در این راستا بود. در واقع می‌توان گفت کارآمدی این آزمایش به علت محدودیت سیستم بهداشتی از دو منظر تجهیزات آزمایشگاهی و نیروی انسانی و همچنین، غالب بودن عوامل سنتی بر فرهنگ ازدواج در سطح مطلوبی قرار ندارد. از این رو، تقویت نظام بهداشتی در بعد تشخیص صحیح و به موقع اعتیاد قبل از ازدواج با در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگی مؤثر در این رخداد پیشنهاد می‌گردد.

References

1. Mohseni S, Rimaz S, Nasehi M, Solaimani M. Survey of factors influencing relapse in addicted referred to drug addiction centers [Thesis]. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2010. [In Persian].
2. Motamedi SH. To make priority of social problems in Iran. Social Welfare Quarterly 2007; 6(24): 327-47. [In Persian].
3. Dabbaghi P, Asgharnejad Farid AA, Atef Vahid MK, Bolhari J. Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention in opioid dependence treatment & mental health. Research on Addiction 2008; 2(7): 29-43. [In Persian].
4. Ministry of Health and Medical Education. Guideline for the laboratory diagnosis of drug addiction [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: darman.medilam.ac.ir/LinkClick.aspx?fileticket=o8Z3HpIDoaE%3D&tabid=2544&mid=5172 [In Persian].
5. Wong RC, Tse HY. Drugs of abuse: body fluid testing. Berlin, Heidelberg: Springer Science & Business Media; 2007.
6. Polit D, Beck CT. Nursing Research: Principles and Methods. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
7. Abedi H, Ravani Pour M, Karimollahi M, Yousefi H. Qualitative research methods in nursing. Tehran, Iran: Boshra Publications; 2006. [In Persian].
8. Restivo S, Croissant J. Social constructionism in science and technology studies. In: Holstein JA, Gubrium JF, Editors. Handbook of constructionist research. New York, NY: Guilford Press; 2008. p. 213-29.
9. Fallahi A, Ahmadi F, Ghofranipour F, Malekafzali B, Hajizadeh I. Causes of dental caries from the perspectives of adolescents: A qualitative study. J Dent Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci 2013; 31(4): 224-33.
10. Mohammadi A, Eftekhari Ardebffi H, Akbari Haghighi F, Mahmoudi M, Poorreza A. Evaluation of services quality based on the patients' expectations and perceptions in Zanzan Hospitals. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2004; 2(2): 71-84. [In Persian].
11. Frost FA, Kumar M. Intservqual – an internal adaptation of the GAP model in a large service organisation. Journal of Services Marketing 2000; 14(5): 358-77.
12. Zapata-García D, Llauradó M, Rauret G. Experience of implementing ISO 17025 for the accreditation of a university testing laboratory. Accreditation and Quality Assurance 2007; 12(6): 317-22.
13. Moyer TP, Palmen MA, Johnson P, Charlson JR, Ellefson PJ. Marijuana testing--how good is it? Mayo Clin Proc 1987; 62(5): 413-7.
14. Schwartz RH, Hawks RL. Laboratory detection of marijuana use. JAMA 1985; 254(6): 788-92.
15. Mikkelsen SL, Ash KO. Adulterants causing false negatives in illicit drug testing. Clin Chem 1988; 34(11): 2333-6.
16. World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
17. Hoyt DW, Finnigan RE, Nee T, Shults TF, Butler TJ. Drug testing in the workplace--are methods legally defensible? A survey of experts, arbitrators, and testing laboratories. JAMA 1987; 258(4): 504-9.
18. United Nations Office on Drugs and Crime. Guidance for the implementation of a quality management system in drug testing laboratories. New York, NY: United Nations Office on Drugs and Crime; 2009.
19. Tabasi Darmiyan A, Zareban I, Masuodi G, SHahrakipour M. The perceived feelings of AIDS patients toward their illness and its Stigmatization. J Qual Res Health Sci 2014; 2(4): 346-57. [In Persian].

Premarital addiction test and its outcomes

Effat Merghati-Khoei¹, Javad Torkamannejad-Sabzevari², Shahnaz Rimaz³, Raziye Masoomi⁴, Alireza Bayat⁵, Seyed Abbas Motevalian⁶

Original Article

Abstract

Introduction: Although many people around the world are dealing with addiction, still no method that can detect and permanently treat it has been found. Premarital addiction test is one of the factors of great importance in this field. An erroneous detection in this test affects the psychosocial aspects and marital decisions of the individual. The purpose of this study was to determine the effectiveness of the health system in premarital addiction tests and its psychosocial effects.

Method: This interpretive qualitative study was performed using content analysis. Data were collected from 6 focus group discussions and 2 semi-structured individual interviews with couples and health care personnel. All interviews were tape-recorded and transcribed verbatim, and themes were extracted using content analysis method.

Results: Qualitative content analysis determined the 2 themes of lack of professional adequacy and consequence of marriage.

Conclusion: Premarital addiction test is one of the health services provided by the health care system. An incorrect diagnosis not only has a considerable impact on different aspects of individuals' life, but is also closely related to the psychosocial concept of dignity. Therefore, the professional competence of the staff in providing these services is very important and necessary.

Keywords: Addiction, Marriage, Health system

Citation: Merghati-Khoei E, Torkamannejad-Sabzevari J, Rimaz SH, Masoomi R, Bayat A, Motevalian SA. **Premarital addiction test and its outcomes.** J Qual Res Health Sci 2015; 4(2): 156-65.

Received date: 17.5.2015

Accept date: 30.7.2015

1- Assistant Professor, Department of Sexual Health, National Center for Addiction Studies, Institute of Risky Behavior Reduction, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- MSc Student in Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- PhD in Reproductive Health, Brain and Spinal Cord Repair Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- BSc in Public Health, National Center for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6- Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Seyed Abbas Motevalian, Email: amotevalian@yahoo.com